

२४

संख्या : ३६४ / xxviii-4-2012-04 / 2008

प्रेषक,

एस. राजू  
प्रमुख सचिव,  
उत्तराखण्ड शासन।

सेवा में,

महानिदेशक,  
चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण,  
देहरूदन, उत्तराखण्ड।

चिकित्सा अनुभाग-4

देहरादून : दिनांक २३ अप्रैल, 2012

विषय:- उत्तराखण्ड राज्य के राजकीय कर्मचारियों, (सेवारत / सेवानिवृत्त) एवं उनके आश्रितों हेतु यू-हैल्थ (स्मार्ट कार्ड) योजना लागू करने के सम्बन्ध में।

महोदय,

उत्तराखण्ड के राजकीय कार्मिकों (सेवारत / सेवानिवृत्त) तथा उनके परिवार के आश्रित सदस्यों की प्रदेश के भीतर एवं प्रदेश के बाहर कराये गये चिकित्सा पर हुए व्यय की प्रतिपूर्ति के सम्बन्ध में शासनादेश संख्या-६७९ / चिकि०-३-२००६-४३७ / २००२ दिनांक ०४.०९.२००६ एवं समय-समय पर यथा संशोधित शासनादेश एवं चिकित्सा परिचर्या एवं प्रतिपूर्ति हेतु दिशा-निर्देश निर्गत किये गये हैं।

२- उत्तराखण्ड राज्य के राजकीय कार्मिकों (सेवारत / सेवानिवृत्त) को अन्तः रोगी के रूप में नकद रहित (Cashless) चिकित्सकीय सुविधा उपलब्ध कराये जाने के उद्देश्य से शासनादेश संख्या-३३८ / XXVIII-४-२०१०-०१ / २००८ दिनांक 25.10.2010 के अनुकम में उत्तराखण्ड राज्य के राजकीय कर्मचारियों सेवारत / सेवानिवृत्त को इस योजना के अन्तर्गत अधिकाधिक चिकित्सकीय सुविधा उपलब्ध कराये जाने के उद्देश्य से शासन स्तर पर सम्यक् विचारोपरान्त यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड योजना में कठिपय संशोधन किये गये। इस दिशा में उत्तराखण्ड शासन एवं कार्यदायी संस्था M/s MD, India Health Care Services (TPA) Private Ltd., पूरे के मध्य दिनांक 15.02.2012 को संशोधित अनुबन्ध निष्पादित किया गया, जिसके कम में संशोधित यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड योजना को ०१ अप्रैल, २०१२ से निम्न प्राविधानों के अन्तर्गत कियान्वित किये जाने की श्री राज्यपाल सहर्ष स्वीकृति प्रदान करते हैं।

### १. इस योजना के अन्तर्गत प्राविधान निम्नवत् है :-

- (1) यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड योजना का तात्पर्य उत्तराखण्ड हैल्थ स्मार्ट कार्ड योजना से है।
- (2) उक्त योजना में प्रथम पक्ष एवं द्वितीय पक्ष का आशय कमशः उत्तराखण्ड शासन एवं कार्यदायी संस्था से है।
- (3) उक्त योजना उत्तराखण्ड राज्य के राजकीय कर्मचारियों (सेवारत / सेवानिवृत्त) एवं उनके परिवार के आश्रितों पर लागू होगी।
- (4) उक्त योजना यद्यपि दिनांक ०१.०४.२०११ से लागू है। किन्तु पूर्व स्मार्ट कार्डधारकों के सम्बन्ध में संशोधित योजना का कियान्वयन दिनांक ०१.०४.२०११ से ही प्रभावी माना जायेगा।

- (5) उक्त योजना स्वैच्छिक (Optional) तथा नकद रहित (Cashless) है।
- (6) उक्त योजना केवल ऐलोपैथिक चिकित्सा पद्धति के लिये अनुमन्य है।
- (7) सूचीबद्ध अस्पताल का तात्पर्य योजना के अंतर्गत कार्यदायी संस्था द्वारा सूचीबद्ध किये गये सरकारी/निजी अस्पतालों से है।
- (8) उक्त योजना के अन्तर्गत स्मार्ट कार्ड धारकों को किसी भी सूचीबद्ध अस्पताल (सरकारी/निजी) में भर्ती होने पर ही अन्तः रोगी के रूप में (indoor Patient) चिकित्सकीय सुविधा अनुमन्य होगी।
- (9) योजना के अन्तर्गत स्मार्ट कार्डधारक के वेतन/पेंशन से वार्षिक अंशदान की कटौती सुनिश्चित की जायेगी। स्मार्ट कार्ड धारक को योजना में सम्मिलित होने के उपरान्त तीन वर्ष तक योजना की सदस्यता बाध्यकारी होगी।
- (10) स्मार्ट कार्डधारक हेतु परिवार एवं उसके आश्रित उ0प्र० कर्मचारी (चिकित्सा परिचयी) नियमावली—1946 यथा संशोधित—1968 तथा समय—समय पर किये गये संशोधनों अथवा भविष्य में किये जाने वाले संशोधनों के अन्तर्गत आच्छादित माने जायेंगे।
- (11) स्मार्ट कार्डधारक को सूचीबद्ध अस्पताल में रोगी के भर्ती होने से पूर्व स्वयं के ऊपर आश्रित होने के सम्बन्ध में घोषणा करनी होगी। (प्रपत्र-7 के अनुसार)
- (12) यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड योजना के अन्तर्गत किसी राजकीय कार्मिक/पेंशनर्स द्वारा यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड बनाते समय अपने या अपने आश्रित के सम्बन्ध में गलत तथ्य/विवरण दिये जाने एवं किसी भी प्रकार की अनियमितता किये जाने पर “उत्तराखण्ड राज्य कर्मचारी आचरण नियमावली 2002” के अन्तर्गत निर्धारित नियम प्रक्रिया के अन्तर्गत दण्ड का पात्र होगा तथा भुगतान की प्रतिपूर्ति उसके वेतन/पेंशन से सुनिश्चित की जायेगी।
- (13) स्मार्ट कार्डधारक को सूचीबद्ध अस्पतालों से इतर अस्पतालों में अन्तः रोगी के रूप में चिकित्सा उपचार करवाने पर एवं सभी अस्पतालों में वाह्य रोगी (outdoor) के रूप में चिकित्सा उपचार करवाने पर शासनादेश संख्या—679/चिकि०—३—२००६—४३७/२००२ दिनांक ०४.०९.२००६ एवं समय—समय पर उसमें संशोधित शासनादेशों में दी गयी वर्तमान चिकित्सा प्रतिपूर्ति की सुविधा यथावत अनुमन्य रहेगी।
- (14) यू० हैल्थ स्मार्ट कार्डधारक को भोजन की अनुमन्यता सी.जी.एच.एस. पैकेज रेट के अन्तर्गत निर्धारित गाईडलाइन एवं सूचीबद्ध अस्पतालों (सरकारी एवं निजी) एवं कार्यदायी संस्था के मध्य हुये अनुबंध के अनुसार सुनिश्चित की जायेगी।
- (15) उत्तराखण्ड राज्य के ऐसे कार्मिक जो दूसरे राज्यों/संस्थानों में प्रतिनियुक्ति पर कार्यरत हैं, उक्त योजना से आच्छादित माने जायेंगे। उत्तराखण्ड राज्य में दूसरे राज्यों से प्रतिनियुक्ति पर आये कार्मिकों को स्मार्ट कार्ड की सुविधा अप्राप्त होगी, लेकिन वह प्रतिनियुक्ति की शर्तों के अधीन राज्य में प्रचलित वर्तमान चिकित्सा प्रतिपूर्ति व्यवस्था से आच्छादित रहेंगे।

**2. अन्तः रोगी (Indoor Patient) के रूप में प्रदान की जाने वाली सुविधाएँ :-**

- (1) शरीर की सभी प्रणालियों में चिकित्सा उपचार।
- (2) आकस्मिक सेवाएँ।
- (3) रोग से सम्बन्धित सभी प्रकार की जाँचें (पैथोलॉजिकल, डायग्नोस्टिक, रेडियोलॉजी एवं इमेजिंग आदि)।



- (4) सभी प्रकार की दवाईयाँ/रक्त/कन्ज्यूमेबिल्स/उपकरणों आदि की निःशुल्क आपूर्ति ।
- (5) इलाज के उपरान्त डिस्चार्ज होने पर रोगी को 05 दिन की निःशुल्क दवाईयाँ ।
- (6) विशेषज्ञ परामर्श की सुविधा (द्वितीय पक्ष के रूप चयनित कार्यदायी संस्था की संस्तुति के आधार पर निर्धारित) ।
- (7) डे-केयर (Day Care) चिकित्सा की सुविधा संलग्नक 'क' के अनुसार अनुमन्य होगी। डे-केयर सर्जरी हेतु निर्धारित उक्त सूची अन्तिम नहीं है तथा सी.जी.एच.एस. पैकेज लिस्ट के अनुरूप उक्त सूची परिवर्तनीय हो सकती है।

### 3. स्मार्टकार्ड बनाने की प्रक्रिया :-

- (1) स्मार्ट कार्ड लेने हेतु इच्छुक राजकीय कार्मिकों (सेवारत/सेवानिवृत्त) द्वारा विकल्प पत्र भरा जायेगा। (प्रपत्र-1 के अनुसार)
- (2) राजकीय अधिकारियों/कर्मचारी द्वारा विकल्प-पत्र को भरकर सम्बन्धित आहरण वितरण अधिकारी के पास जमा किया जायेगा, जिसे आरहण-वितरण अधिकारी प्रतिहस्ताक्षरित/अग्रसारित कर जिला नोडल अधिकारी, यू० हैल्थ को उपलब्ध करायेगा।
- (3) इसी प्रकार राजकीय पेंशनर्स के सम्बन्ध में सम्बन्धित कोषाधिकारी प्रतिहस्ताक्षरित/अग्रसारित कर जिला नोडल अधिकारी-यू०-हैल्थ को उपलब्ध करायेगा।
- (4) जिला नोडल अधिकारी-यू० हैल्थ हार्ड कॉपी के रूप में प्राप्त विकल्प-पत्र को सॉफ्ट कॉपी के रूप में रूपान्तरित करेगा, जिसे वो हार्ड कॉपी के रूप में प्रतिहस्ताक्षरित करके एवं सॉफ्ट कॉपी के रूप में ई०मेल के माध्यम से राज्य नोडल अधिकारी यू०-हैल्थ को उपलब्ध करायेगा।
- (5) राज्य नोडल अधिकारी यू०हैल्थ, कार्मिक का डाटा प्राप्त होने के उपरान्त 60 दिन के भीतर स्मार्ट कार्ड बनाया जाना सुनिश्चित करेगा।
- (6) डाटा एन्ट्री करने के उपरान्त प्रत्येक यू० हैल्थ स्मार्ट कार्डधारक को यूनिक रजिस्ट्रेशन नम्बर (URN) प्रदान दिया जायेगा।
- (7) यूनिक रजिस्ट्रेशन नम्बर (URN) प्राप्ति के बाद स्मार्ट कार्डधारक एवं उनके आश्रितों के नाम, जन्मतिथि, आयु, फोटो एवं अंगुलियों की छाप (Finger Prints) वैधताकाल इत्यादि का विवरण प्राप्त कर फीड करते हुए स्मार्ट कार्डधारक को कार्यदायी संस्था द्वारा यू०-हैल्थ स्मार्ट कार्ड उपलब्ध कराया जायेगा।
- (8) स्मार्ट कार्डधारक द्वारा प्रदत्त विवरण का सत्यापन एवं कोषागार के माध्यम से स्मार्ट कार्डधारक के वेतन से अंशदान की कटौती करवाना आहरण वितरण अधिकारी का दायित्व होगा।
- (9) स्मार्ट कार्ड बनाते समय द्वितीय पक्ष द्वारा यह सुनिश्चित कर लिया जायेगा कि आवेदनकर्ता का अंशदान कट गया है। इस हेतु स्मार्ट कार्ड आवेदनकर्ता द्वारा अपनी वेतन पर्ची को स्वप्रमाणित कर अंशदान की कटौती हो जाने का प्रमाण प्रस्तुत करना होगा। स्मार्ट कार्ड आवेदनकर्ता के अंशदान की कटौती के उपरान्त ही द्वितीय पक्ष द्वारा आवेदनकर्ता का स्मार्टकार्ड बनाया जायेगा।
- (10) स्मार्ट कार्डधारक द्वारा वित्तीय वर्ष के मध्य में कार्ड बनवाने या नवीनीकरण करवाने पर उसका सम्पूर्ण वित्तीय वर्ष का अंशदान काटा जायेगा।

(11) स्मार्ट कार्डधारक द्वारा जमा किया जाने वाला अंशदान लेखाशीर्षक 0210—चिकित्सा तथा लोक स्वास्थ्य—04—लोक स्वास्थ्य—501—सेवायें तथा सेवा फीस—01—उत्तराखण्ड हैत्थ स्मार्ट कार्ड हेतु अंशदान में जमा किया जायेगा।

(12) राजकीय कार्मिक /पेंशनर अपना अंशदान ई—चालान एवं एन—चालान के माध्यम से निर्धारित प्रक्रियानुसार भरे गये विकल्प—पत्र को सीधे राज्य नोडल अधिकारी, यू—हैत्थ को भी उपलब्ध करा सकता है।

#### 4. अंशदान का विवरण :—

योजना में सम्मिलित होने वाले राजकीय कार्मिक /पेंशनर हेतु वार्षिक अंशदान की दरें निम्नवत् निर्धारित की गई हैं :—

राजकीय अधिकारियों/कर्मचारियों के लिये :—

क्रमांक	श्रेणी	ग्रेड पे दर	वार्षिक अंशदान की दर
1	श्रेणी—1	₹ 6600.00 से 12000.00	₹ 5000.00
2	श्रेणी—2	₹ 4200.00 से 5400.00	₹ 3500.00
3	श्रेणी—3	₹ 1900.00 से 2800.00	₹ 1500.00
4	श्रेणी—4	₹ 1800.00 से नीचे	₹ 700.00

सेवानिवृत्त राजकीय पेंशनर्स के लिये

क्रमांक	पे—रेंज	पेंशनर/परिवार पेंशन	वार्षिक अंशदान की दर
1	₹ 13950.00 तक	₹ 6975.00 तक	₹ 360.00
2	₹ 13951.00-19530.00	₹ 6976.00-9765.00	₹ 720.00
3	₹ 19531.00-39690.00	₹ 9766.00-19845.00	₹ 1800.00
4	₹ 39691.00 एवं ऊपर	₹ 19846.00 एवं ऊपर	₹ 2400.00

#### 5. संदर्भण की व्यवस्था :—

स्मार्ट कार्डधारक एवं उसके आश्रित बिना किसी संदर्भण के उत्तराखण्ड राज्य के भीतर किसी भी सूचीबद्ध चिकित्सालय (सरकारी/निजी) में इलाज कराने हेतु स्वतंत्र होंगे। यदि स्मार्ट कार्ड धारक एवं उसके आश्रितों को उत्तराखण्ड राज्य से बाहर उच्च स्तरीय इलाज करवाने की आवश्यकता है, तो स्मार्ट कार्ड धारक एवं उसके आश्रितों को सम्बन्धित अस्पताल के चिकित्सकीय परिचारक (Medical attendant) से संदर्भण कराना होगा, जिसे पास के जिला अस्पताल/जिला महिला अस्पताल/संयुक्त अस्पताल/बेस अस्पताल और सरकारी मेडिकल कॉलेज के सी.एम.एस./एम.एस. द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित (countersigned) किया जायेगा।

#### 6. सूचीबद्ध अस्पतालों (सरकारी/निजी) में अनुमन्य वार्ड का निर्धारण :—

सेवारत राजकीय कर्मचारियों के लिये वेतन स्तर (ग्रेड—पे) के अनुसार

सामान्य वार्ड	सेमी प्राईवेट वार्ड	प्राईवेट वार्ड	डीलक्स वार्ड
श्रेणी—4 ₹ 1800.00 या नीचे	श्रेणी—3 ₹ 1900.00 से 2800.00	श्रेणी—2 ₹ 4200.00 से 5400.00	श्रेणी—1 ₹ 6600.00 से 12000.00

सेवानिवृत्त राजकीय कर्मचारियों (पेंशनर्स ) के लिये पेंशन के अनुसार

सामान्य वार्ड	सेमी प्राइवेट वार्ड	प्राइवेट वार्ड	डीलक्स वार्ड
₹ 6975.00 तक	₹ 6976-9765.00	₹ 9766-19845.00	₹ 19846 एवं ऊपर

CGHS रूम रेट्स, सेमी प्राइवेट वार्ड हेतु ही निर्धारित है। अन्तः रोगी के रूप में प्राइवेट वार्ड में भर्ती होने पर सूचीबद्ध चिकित्सालयों को किये जाने वाले भुगतान में रूम रैट की दरों में 15 % (पन्द्रह प्रतिशत) की बढ़ोत्तरी की जायेगी तथा डीलक्स वार्ड में भर्ती होने पर पुनः 15 % (पन्द्रह प्रतिशत) की बढ़ोत्तरी की जायेगी। सामान्य वार्ड में भर्ती होने पर सूचीबद्ध चिकित्सालयों को वार्ड हेतु किये जाने वाले भुगतान हेतु रूम रैट की दरें 10 % (दस प्रतिशत) कम कर दी जायेगी।

## 7. प्रतिपूर्ति की सीमा :-

- (1) सूचीबद्ध अस्पतालों (सरकारी/निजी) में इलाज करवाने पर चिकित्सा प्रतिपूर्ति का भुगतान शासनादेश संख्या—134 /XXVIII—4—2012—04 /08 दिनांक 16.02.2012 के अनुसार सी.जी.एच.एस. पैकेज रेट में निर्धारित दरों के आधार पर निर्धारित व्यवस्था के अनुरूप किया जायेगा।
- (2) सूचीबद्ध अस्पतालों से प्राप्त होने वाले चिकित्सा प्रतिपूर्ति सम्बन्धी दावों को द्वितीय पक्ष सूचीबद्ध अस्पतालों के साथ समन्वय कर मूल अभिलेखों के साथ निर्धारित प्रपत्र पर भुगतान हेतु प्रस्तुत करेगा (प्रपत्र-2)
- (3) द्वितीय पक्ष नियमित MIS (Monthly Information System) तैयार करने के उपरान्त भुगतान हेतु उत्तराखण्ड सरकार को अग्रसारित करेगा।

**(प्रपत्र-3)**

- (4) उक्तानुसार निर्धारित प्रपत्र-2 में तैयार किये गये अभिलेखों का सत्यापन यू० हैत्थ प्रकोष्ठ, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, देहरादून द्वारा किये जाने के उपरान्त ही चिकित्सा प्रतिपूर्ति सम्बन्धी दावों के बिलों का भुगतान किया जायेगा।

## 8. आडिट (Audit) :-

- (1) यू० हैत्थ प्रकोष्ठ एवं द्वितीय पक्ष द्वारा सूचीबद्ध अस्पतालों एवं स्मार्ट कार्ड धारक (लाभार्थी) का लेखा परीक्षा निर्धारित प्रपत्रों के अनुरूप किया जायेगा।
- (2) उत्तराखण्ड शासन द्वारा तृतीय पक्ष को नियुक्त किया जायेगा। तृतीय पक्ष सूचीबद्ध अस्पतालों के उपचार संलेख, चिकित्सा लेखा परीक्षा, संदर्भण आदि के सम्बन्ध में आवर्ती रूप से निरीक्षण एवं अनुश्रवण करेगा। तृतीय पक्ष की रिपोर्ट के आधार पर शासन द्वितीय पक्ष को सेवा वितरण को सुधार करने हेतु निर्देश प्रदान कर सकता है।
- (3) द्वितीय पक्ष से प्राप्त वाउचरों का वित्त नियंत्रक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण द्वारा 100 प्रतिशत सत्यापन किया जायेगा।

लाल

- (4) वित्त विभाग, उत्तराखण्ड शासन समय-समय पर योजना के ऑडिट का संचालन करेगा।
- (5) वित्त विभाग, यू०हैल्थ प्रकोष्ठ एवं द्वितीय पक्ष निर्धारित प्रपत्र-4, 5 एवं 6 में दिये गये बिन्दुओं के आधार पर आडिट का सम्पादन किया जायेगा।

## 9. मोड ऑफ पेमेन्ट-

- (1) द्वितीय पक्ष द्वारा अस्पतालों को सीधे भुगतान किया जायेगा, जिसके अन्तर्गत द्वितीय पक्ष बैंक में “फ्लोट फण्ड-यू हैल्थ स्मार्ट कार्ड-उत्तराखण्ड” नाम से एक खाता खोला जाना सुनिश्चित करेगा।
- (2) द्वितीय पक्ष द्वारा सूचीबद्ध अस्पतालों को किया जाने वाला भुगतान ई.सी.एस. के माध्यम से किया जायेगा।
- (3) द्वितीय पक्ष द्वारा अस्पतालों (सरकारी/निजी) को भुगतान इलेक्ट्रॉनिक विधि (E-Transfer) के माध्यम से किया जायेगा।
- (4) द्वितीय पक्ष द्वारा 80 प्रतिशत फण्ड के उपयोग होने पर सभी अभिलेख प्रस्तुत करने के बाद ही अगली धनराशि का अनुरोध किया जायेगा।
- (5) द्वितीय पक्ष द्वारा प्रथम पक्ष से प्राप्त की जाने वाली फ्लोट फण्ड की धनराशि, द्वितीय पक्ष द्वारा बैंक गारण्टी के रूप में जमा की जाने वाली धनराशि एवं प्रथम पक्ष तथा द्वितीय पक्ष के मध्य वार्षिक धनराशि के भुगतान की प्रक्रिया, उनके द्वारा किये गये विभिन्न कार्यों के सम्पादन के स्तर के आधार पर अनुबन्ध में उल्लिखित प्राविधानों के अन्तर्गत नियमानुसार की जायेगी।

10. उत्तराखण्ड यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड योजना को कियान्वित किये जाने, सूचीबद्ध अस्पतालों (सरकारी एवं निजी) को चिकित्सा प्रतिपूर्ति सम्बन्धी बिलों के भुगतान की प्रक्रिया का सम्पादन किये जाने हेतु महानिदेशक, चिकित्सा स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण, उत्तराखण्ड, देहरादून के अधीन शासनादेश संख्या-59/XXVIII-4-2011-04/08 दिनांक 24.01.2011 द्वारा यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड प्रकोष्ठ का गठन किया गया है। उक्त योजना के सम्बन्ध में प्राप्त होने वाले सुझावों/शिकायतों का अनुश्रवण /निस्तारण उक्त प्रकोष्ठ द्वारा किया जायेगा।
11. योजना के सम्बन्ध में जानकारी, सूचीबद्ध किये गये अस्पतालों के नाम, एजेन्सी का नाम, पता एवं टेलीफोन नम्बर मीडिया प्लान के अन्तर्गत प्रचारित की जायेगी। इस हेतु कार्यदायी संस्था द्वारा हैल्प लाइन विकसित किया जायेगा।
12. योजना के प्रभावी क्रियान्वयन हेतु प्रमुख सचिव/सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य की अध्यक्षता में त्रैमासिक अनुश्रवण और समीक्षा किये जाने हेतु एक उच्च स्तरीय समिति एवं जिला स्तर पर जिलाधिकारी की अध्यक्षता में जिला स्तरीय अनुश्रवण एवं समीक्षा समिति का गठन अनुबंध में उल्लिखित प्राविधानानुसार किया जायेगा।
13. इस सम्बन्ध में शासनादेश संख्या-338/XXVIII-4-2010-04/2008 दिनांक 25.10.2010 द्वारा की गयी व्यवस्था को इस सीमा तक संशोधित समझा जायेगा।

14. उपरोक्तानुसार शेष सभी शर्ते, उपबंध एवं प्राविधान प्रथम पक्ष एवं द्वितीय पक्ष के मध्य होने वाले अनुबंध एवं उसमें समय-समय पर होने वाले संशोधनों के अन्तर्गत व्यवस्था के अनुसार निर्धारित मानी जायेगी।
15. यह आदेश वित्त विभाग के अशासकीय संख्या-486(P)/XXVII(3)/2011-12 दिनांक 02 अप्रैल, 2012 में प्राप्त उनकी सहमति से जारी किये जा रहे हैं।

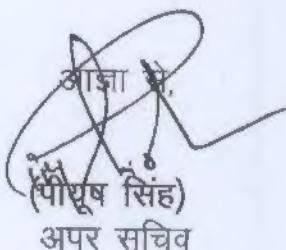
संलग्नक :- यथोक्त ।

भवदीय,  
 (एस. राजू)  
 प्रमुख सचिव

संख्या: ३६५ (१) / xxviii-४-२०१२-०४ / २००८ तददिनांक ।

प्रतिलिपि निम्नलिखित को सूचनार्थ एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित :-

1. समस्त प्रमुख सचिव/सचिव, उत्तराखण्ड शासन ।
2. समस्त विभागाध्यक्ष, उत्तराखण्ड ।
3. महालेखाकार, उत्तराखण्ड, देहरादून ।
4. आयुक्त, कुमाऊँ/गढ़वाल मण्डल, उत्तराखण्ड ।
5. समस्त जिलाधिकारी, उत्तराखण्ड ।
6. निदेशक, कोषागार, उत्तराखण्ड, देहरादून ।
7. निदेशक, पेंशन एवं लेखा हकदारी, उत्तराखण्ड देहरादून ।
8. समस्त वरिष्ठ कोषाधिकारी/कोषाधिकारी, उत्तराखण्ड ।
9. निदेशक, सूचना एवं लोक सम्पर्क विभाग, उत्तराखण्ड, देहरादून ।
10. निदेशक, (पी.पी.पी.), स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तराखण्ड, देहरादून ।
11. वित्त नियंत्रक, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तराखण्ड, देहरादून ।
12. राज्य नोडल अधिकारी, यू०-हैल्थ, स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय, उत्तराखण्ड, देहरादून ।
13. प्रोजेक्ट मैनेजर, M/s MD, India Health Care Services (TPA) Private Ltd., पूणे, महाराष्ट्र ।
14. निदेशक, एन.आई.सी., सचिवालय परिसर, उत्तराखण्ड को इस आशय से प्रेषित कि वे सम्बन्धित अधिकारिक वेबसाईट में उक्त शासनादेश को प्रकाशित करने का कष्ट करें।
15. वित्त व्यय नियंत्रण अनुभाग-३/नियोजन विभाग ।
16. गार्ड फाईल ।



पी. शशी कुमार सिंह  
 अपर सचिव

### विकल्प पत्र

*(Form I)*

(अधिकारी/ कर्मचारी/ पेशनर्स द्वारा भरा गया)

1. मैं ..... अन्तः रोगी के रूप में चिकित्सा उपचार के लिये यू-हैल्थ/उत्तराखण्ड हैल्थ स्मार्ट कार्ड (नकद रहित) योजना का विकल्प इस योजना के अधीन पंजीकृत/सूचीबद्ध सरकारी/गैर सरकारी चिकित्सालय/संस्थाओं के लिये प्रस्तुत करता/करती हूँ।
2. मैं ..... सूचीबद्ध अस्पतालों से इतर अस्पतालों में अन्तः रोगी के रूप में चिकित्सा उपचार करवाने पर एवं सभी अस्पतालों में वाहय रोगी के रूप में करायी गयी चिकित्सा की प्रतिपूर्ति हेतु शासनादेश संख्या-679/चि०-०३-२००६-४३७/२००२ दिनांक 04.09.2006, शासनादेश संख्या-960/XXVIII-३-२०१०-४३७/२००२ दिनांक 08.01.2010 एवं शासनादेश संख्या- 546/XXVIII-३-२०१०-४३७/२००२ टी०सी० दिनांक 03.08.2010 एवं इस सम्बन्ध में समय-समय पर संशोधित होने वाले शासनादेशों में दी गयी व्यवस्था से यथावत् आच्छादित रहूँगा/रहूँगी।

- 1 अधिकारी/ कर्मचारी/ पेशनर का नाम.....
- 2 पिता/पति का नाम.....
- 3 लिंग (पुरुष/ महिला) .....
- 4 आयु.....
- 5 जन्म तिथि .....
- 6 कर्मचारी कोड .....
- 7 पी०पी०ओ० नं० (पेशनर हेतु) .....
- 8 विभाग/ कार्यालय कोड .....
- 9 ठी०डी०ओ० कोड .....
- 10 कोवागार का नाम .....
- 11 ग्रेड-पै..
- 12 नियुक्ति की तिथि.....
- 13 सेवानिवृत्ति की तिथि.....
- 14 कार्यालय का पता.....
- 15 प्रधान कार्यालय का पता.....
- 16 कार्य स्थल / जिला.....
- 17 घोबाइल नं०.....
- 18 ई०पैल आई नं०.....

क्र.सं.	आश्रितों के नाम	लिंग (पुरुष/ महिला)	सम्बन्ध कोड	आयु	जन्मतिथि
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

सम्बन्ध कोड :- 1. स्वयं 2. पूर्णत आश्रित पल्ली/पति 3. पूर्णत आश्रित बच्चे/सौतेले बच्चे, 4. आश्रित माता-पिता (जो कि पेशनर न हो) 5.अन्य आश्रित (उ०प्र० सरकारी सेवक (चिकित्सा परिचयी) नियमावली-१९४६ में उल्लिखित प्राविधानों के अन्तर्गत दी गयी परिवार की परिमाण के अनुसार)

हस्ताक्षर :

### आहरण-वितरण अधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है, जो मेरे द्वारा सत्यापित किया गया है एवं मेरे द्वारा वित्तीय वर्ष ..... में एक बार का अंशदान ₹..... की कटौती के लिये कोषागार को अग्रसारित की जा रही है।

आहरण-वितरण अधिकारी

### मुख्यकोषाधिकारी / कोषाधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है, जो आहरण वितरण अधिकारी अथवा मेरे द्वारा सत्यापित किया गया है एवं मेरे द्वारा वित्तीय वर्ष ..... में एक बार का अंशदान ₹..... की कटौती कर दी गयी है।

मुख्य कोषाधिकारी/कोषाधिकारी

### जिला नोडल अधिकारी

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है, जिसका अंशदान वित्तीय वर्ष ..... में एक बार का अंशदान ₹..... की कटौती कोषाधिकारी द्वारा कर दी गई है एवं मेरे द्वारा राज्य नोडल अधिकारी को यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड बनाने हेतु अग्रसारित।

जिला नोडल अधिकारी

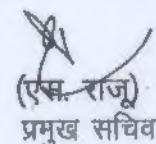
### राज्य नोडल अधिकारी

प्रमाणित किया जाता है कि श्री/श्रीमती/कुमारी ..... ने अपना यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड के लिये विकल्प पत्र दिया है, जिसका डाटा सॉफ्ट कॉपी में बदल कर द्वितीय पक्ष को यू० हैल्थ स्मार्ट कार्ड बनाने हेतु अग्रसारित।

राज्य नोडल अधिकारी  
यू० हैल्थ

डाटा एन्ट्री ऑपरेटर  
यू० हैल्थ

(राजकीय पेंशनर्स के विकल्प-पत्र के सम्बन्ध में आहरण वितरण अधिकारी के रूप में सम्बन्धित कोषागार के मुख्य कोषाधिकारी/कोषाधिकारी द्वारा प्रतिहस्ताक्षरित किया जायेगा।)

  
(एम. राज)  
प्रमुख सचिव

**Format for Payment to Hospitals under U-Health Smart Card (Form 2)**

I  
 1) Employee/Pensioner ID No (as provided by Treasury)  
 2) Name  
 3) Father's /Husband's name  
 4) Post held  
 5) Disease /Procedure  
 6) Name of the Hospital

II  
 (1) We.....certify that Shri/Smt/km.....  
 Father/Mother/Spouse/Son/Daughter Shri.....Grade Pay.....URN No.....  
 department..... who is/was suffering from the .....disease and was under the supervision  
 ..... in ..... hospital as an indoor patient from dated .....

to  
**(2) Certificate for taking treatment in Private Empanelled Hospitals outside Uttarakhand Hospitals without referral in case of emergency and with referral**

2 (a) It is certified that Shri/Smt/Km .....who was suffering from ..... disease and  
 he/she was needed emergency medical treatment/treatment outside Uttarakhand and was under the supervision  
 ..... in ..... hospital as an indoor patient from dated .....

to	(a) Expenses on medicine	₹.....
	(b) Expenses on pathological test	₹.....
	(c) Expenses on radiological test	₹.....
	(d) Expenses on special test	₹.....
	(e) Expenses on Package/Surgery	₹.....
	(f) Room Rent	₹.....
	(g) Other Expenses (with details)	₹.....
	Total	₹.....

2 (b)- Medicine & examination prescribed/done by them, which is according to the voucher attached, was necessary for the patient's better cure. No medicines are included in which cheap materials having Therapeutic effects is present, even the material which is primarily used for food products, toiletries and disinfectants is of Standard Quality. The bills for ₹.....(in words also). Checked & found correct for payment to hospitals.

III- Original file to be submitted after duly countersigned by the designated authority:-

- (a) Requisition for authorisation letter (RAL with beneficiary signature)
- (b) Authorisation letter to Hospital by Second Party (TPA)
- (c) Photocopy of Smart Card.
- (d) Undertaking letter for dependent of the U-Health Smart Card Holder.
- (e) Prescription, Investigation Report with Diagnosis
- (f) Medical & Hospitalization Bills
- (g) Final Discharge Slip
- (h) Original certificate to be attached expenses incurred during treatment

NOTE: - Overwriting & paste not allowed in Original Bills & Vouchers if done to be countersigned by the designated authority.

IV- (A) Amount due for reimbursement to Hospital.....

(B) Past Payment details:

- a) Current Hospitalization (Period.....) ₹.....
- b) Previous Hospitalization (Period.....) ₹.....

MD India State Project Head  
 (Name Qualification with Seal)

MD India Medical Officer (MBBS)  
 (Name Qualification with Seal)

**For Office Use Only**  
**Countersigned Officer**

I certify that Shri/Smt/Km ..... has taken treatment in ..... hospital and necessary prescribe/given medical facility was minimum and according to the G.O for U-health smart card and the reimbursement rates for the hospitals which has been certified are according to the rules and are actual. Therefore the above bills amounting to ₹..... checked and found as per CGHS rates as mentioned in MOU and may be reimbursed to the above hospital.

Finance Controller  
 D.G.M.H & F.W

Finance Officer/A. A. Officer  
 D.G.M.H & F.W

State Nodal Officer  
 U-Health

Accounts Manager  
 U-Health



प्रभुर राजू  
 प्रभुर सचिव

## Monthly Information System (MIS)

(Form 3)

S.no	Date of Intimation/admission	Um no.	District/department	Patient name/ relation	Age	Sex	Head of the family	Name of the hospital	Diagnosis	Type of treatment	Requested amount	Approved amount	Enhancement-1	Total approved amount	Date of approval	Fra approval
1																



(एस. राजू)  
प्रमुख सचिव

## Format for UHealth- Audit

(Form 4)

### (A) Audit by Finance Department (Internal Audit)

Once in a year of U-Health Cell & Second Party.

### (B) Audit by the U-Health Cell –

5-10% of the claims raised for payment.

#### I - As and when the following triggering points are seen: -

- 1 Frequent use of a particular hospital
- 2 Frequent admissions by the same URN number
- 3 Frequent admissions for conservative treatment
- 4 Frequent use of emergency clause
- 5 Doing of more than one procedure repeatedly
- 6 Market feedback
- 7 Over use of costly medicines
- 8 Any other after studying and analysis of MIS
- 9 Frequent use of Co Morbidity factor
- 10 Repeated overstay
- 11 Frequent use of complication clause in case of surgical cases

#### II - Post Hospitalization

5-10% beneficiary check (50% of which would be telephonically and 50% would be physical verification) as per the format attached.

### (C) Audit by the Second Party–

It would engage one trained professional preferably medical person with the degree of MBBS and one hospital coordinator each in Garhwal Mandal & Kumaon Mandal preferably residing in that region (US Nagar, Nainital for Kumaon & Dehradun, Haridwar for Garhwal)

I- (1) Periodic Visit to the Hospital (Every Empanelled Hospital has to be visited once in a month). The hospital to be visited as per format designed and attached.

(2) 100% validation of claims.

#### II- Post Hospitalization

10% Visit to the beneficiary for verification of treatment taken. (50% of which would be telephonically and 50% would be physical verification) as per the format attached.



(प्रमोद सिंह)  
प्रमुख सचिव

## Empanelled Hospital Audit

(Form 5)

Name of the Spot Audit team leader:

Date of visit to the Hospital:

Time of field visit:

Location

Name of the Hospital:

Type of the Hospital (Public or Private)

Number of Beds

Address:

S.N.	Question	Response Categories	
		Yes	No
1-	Is there any signboard outside hospital showing that it is empanelled in U-Health?		
2-	Is there a U-Health help desk at the hospital?		
3-	Which of the following equipments/ facilities were available at the hospital for U-Health purpose?		
(i)	Computer		
(ii)	Smart card reader		
(iii)	Fingerprint reader		
(iv)	Printer		
(v)	Telephone		
(vi)	Fax		
(vii)	Modem		
(viii)	Internet		
4-	Does the computer have the Transaction Software (CGHS rate) installed?		
5-	Are all necessary documents being maintained?		
(i)	Requisition for authorisation letter (RAL with beneficiary signature)		
(ii)	Authorisation letter to Hospital by Second Party (TPA)		
(iii)	Photocopy of Smart Card		
(iv)	Undertaking letter for dependent of the U-Health Smart Card Holder.		
(v)	Prescription, Investigation Report with Diagnosis		
(vi)	Medical & Hospitalization Bills		
(vii)	Date of Submission of Bills		
(viii)	Final Discharge Slip		
(ix)	Date of payment of bills		
6-	Is there any U-Health patient admitted in the hospital at the time of the visit?		
(i)	Did you pay at any step?		
(ii)	Are you satisfied with the scheme?		
(iii)	If No/Yes, Reason		
7-	Total no of cases till date ?		

(एस. राजू)  
प्रमुख सचिव

## U-Health Beneficiary Verification Report

(Form-6)

Name of the Spot Audit team leader:-

Date of visit/call to the beneficiary:-

Time:-

Location:-

Name of the Hospital where treatment taken:-

Type of the Hospital (Public or Private):-

Address:-

S.N.	Question	Response Categories	
		Yes	No
1	Was there any U-Health poster/advertisement in the hospital ?		
2	Did you have to wait for authorization /treatment?		
3	Did you pay at any step?		
4	Are you satisfied with the scheme?		
5	If No/Yes, Reason		
6	Any suggestion?		

  
(रमेश राजू)  
प्रमुख सचिव

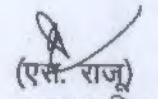
### Undertaking for Dependent Certificate

(Form 7)

I ..... certify that Shri/Smt/Kin ..... is my Father/Mother/Spouse/Son/Daughter/other and is my dependent as declared in the Consent Form (Form-1).

Dated ..... Signature .....

Name .....  
Department .....  
Mobile No. ....  
Address .....

  
(एस. राजू)  
प्रमुख सचिव

स्मार्ट कार्डधारक को डे केयर (Day Care) चिकित्सा सुविधा के अन्तर्गत आच्छादित बीमारियाँ

- i. हीमोडायलिसिस (Haemo-Dialysis)
- ii. पेरेंटल कीमोथेरेपी (Parenteral Chemotherapy)
- iii. रेडियोथेरेपी (Radiotherapy)
- iv. आई सर्जरी (Eye Surgery)
- v. लिथोट्रिप्सी (किडनी स्टोन रेमूवल) Lithotripsy (kidney stone removal)
- vi. टॉन्सिलोकटोमी (Tonsillectomy)
- vii. डीए एण्ड सीए D and C)
- viii. डेंटल सर्जरी (Dental surgery)
- ix. सर्जरी ऑफ हायड्रोसील (Surgery of Hydrocele)
- x. सर्जरी ऑफ प्रोस्टेट (Surgery of Prostate)
- xi. गैस्टोइन्टेनल सर्जरीज (Gastrointestinal Surgeries)
- xii. जेनाइटल सर्जरी (Genital Surgery)
- xiii. सर्जरी ऑफ नोज (Surgery of Nose)
- xiv. सर्जरी ऑफ थ्रोट (Surgery of Throat)
- xv. सर्जरी ऑफ ईर (Surgery of Ear)
- xvi. सर्जरी ऑफ यूरीनरी सिस्टम (Surgery of Urinary System)
- xvii. ट्रीटमेंट ऑफ फेक्चर/डिस्लोकेशन (हेयर लाईन फेक्चर को शामिल करते हुये), कान्ट्रैक्चुअल रिलीजेज एण्ड माईनर रिकन्स्ट्रक्टिव प्रोसीजर्स ऑफ लिम्ब्स विच अदरवाइस रिकवायर हास्पिटलाईजेशन (Treatment of fractures/dislocation (excluding hair line fracture), Contracture releases and minor reconstructive procedures of limbs which otherwise require hospitalization)
- xviii. लेप्रोस्कोपिक थेरेप्यूटिक सर्जरीज (जो भी डे-केयर के अन्तर्गत हो सकती है) Laparoscopic therapeutic surgeries that can be done in day care.
- xix. सामान्य एनेस्थेसिया के अन्तर्गत चिह्नित सर्जरीज (Identified surgeries under General Anaesthesia).

नोट :- डे केयर सर्जरी हेतु निष्पारित उक्त सूची अन्तिम नहीं है तथा सी.जी.ए.स. एकेज लिस्ट के अनुरूप उक्त सूची परिवर्तनीय हो सकती है।

  
(रस. राज)  
प्रमुख सचिव